

126



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**EXTRACCION DE TERCEROS MOLARES  
INCLUIDOS EN MANDIBULA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**OSCAR CASTRO ALVAREZ**

**MEXICO, D. F.**

**1985**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TEMARIO

/GENERALIDADES\  
-----'

/ANATOMIA DE LA REGION\  
-----'

/NERVIO TRIGEMINO: (V PAR CRANEAL)\  
-----'

/CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES EN MANDIBULA\  
-----'

\ DE TIPO INCLUIDO/  
-----'

/PROBLEMAS PROVOCADOS POR LOS DIENTES INCLUIDOS\  
-----'

/SITUACIONES DE ORDEN GENERAL\  
-----'

/INSTRUMENTAL\  
-----'

/ANESTESIA\  
-----'

/INTERVENCION QUIRURGICA\  
-----'

/TRATAMIENTO PRE OPERATORIO Y POST OPERATORIO/

---

( GENERALIDADES )  
-----

ANORMALIDADES EN LA ERUPCION DE LOS TERCEROS  
MOLARES EN LA MANDIBULA

SE LE LLAMARA DIENTE INCLUIDO O IMPACTADO, A EL DIENTE QUE A CAUSA DE SU POSICION, O POR FALTA DE ESPACIO NO ERUPCIONA, QUEDANDO ENCERRADO, Y MANTENIENDO LA INTEGRIDAD DE SU SACO PERICORONARIO.

ETIOLOGIA: LAS CAUSAS QUE SE PRESENTAN SON MUCHAS, COMO PRIMERO CITAREMOS LAS CAUSAS EMBRIOLÓGICAS, ESTAS PUEDEN PRODUCIRSE EN EL PERIODO DE FORMACION DEL GERME DENTAL.

DIVIDIREMOS EN DOS LAS CAUSAS QUE PRODUCEN LAS INCLUSIONES DENTALES: LOCALES Y GENERALES.

LAS CAUSAS LOCALES SERAN:

- 
- 1) FALTA DE ESPACIO EN EL SITIO DE ERUPCION.
  - 2) FALTA DE DESARROLLO DE LA MANDIBULA.
  - 3) CALSIFICACION EXAGERADA DE LA MANDIBULA.
  - 4) PERSISTENCIA DE EL DIENTE TEMPORAL.

- 5) MALPOSICION DE EL GERMEN DENTARIO
- 6) EXISTENCIA DE DIENTES SUPERNUMERARIOS.
- 7) DESARROLLO INCOMPLETO DE LA RAIZ DENTAL.
- 8) EXISTENCIA TUMORAL O QUISTICA EN LAS PROXIMIDADES DE LA ERUPCION.

LAS CUSAS GENERALES:

-----  
LAS CAUSAS GENERALES SERAN DOS , LAS PRENATALES Y LAS POSTNATALES.

PRENATALES : COMO CAUSAS PRENATALES NOMBRAREMOS, A LAS HEREDITARIAS DE EL PERIODO EMBRIONARIO, ESTAS PODRIAN SER EN GENERAL TODO PADECIMIENTO QUE SUFRA LA MADRE Y QUE PUEDA INFLUIR EN EL DESARROLLO DEL PRODUCTO, ESTAS PODRIAN SER: LA SIFILIS, LA TUBERCULOSIS, LA DESNUTRICION, ETC.

POSTNATALES: ESTE TIPO DE CAUSAS SON LAS QUE INTERVIENEN EN EL DESARROLLO DE EL INFANTE, TALES COMO LA ANEMIA, LA TUBERCULOSIS Y EL RAQUITISMO.

## /ANATOMIA DE LA REGION\ -----/

### MANDIBULA: -----

LA MANDIBULA ES UN HUESO IMPAR SITUADO EN LA PARTE ANTEROINFERIOR DEL CRANEO, TIENE UN CUERPO QUE TIENE FORMA DE HERRADURA Y PRESENTA DOS CARAS UNA INFERIOR CONVEXA Y OTRA POSTERIOR CONCAVA, ADEMÁS PRESENTA DOS BORDES, EL BORDE SUPERIOR O BORDE ALVEOLAR Y EL INFERIOR QUE ES ROMO Y REDONDEADO.

### CARA INFERIOR: -----

EN ESTA CARA SE LOCALIZA UNA LINEA VERTICAL MEDIA CONOCIDA CON EL NOMBRE DE "SINFISIS MENTONIANA", QUE ES EL RESULTADO DE LA UNIÓN DE DOS PIEZAS PRIMITIVAS, DE LAS CUALES SE FORMÓ LA MANDIBULA. ESTA SINFISIS PRESENTA EN SU PARTE INFERIOR UNA SALIENTE LLAMADA "EMINENCIA MENTONIANA".

DE ESTA EMINENCIA, PARTE LA CRESTA OBLICUA EXTERNA HACIA ARRIBA Y ATRÁS DONDE SE VAN A INSERTAR LOS MUSCULOS; TRIANGULAR DE LOS LABIOS, CUTANEO Y CUADRADO DE LA BARBA.

POR ENCIMA DE ESTA LINEA Y A NIVEL DE LAS RAICES DEL PRIMERO Y SEGUNDO PREMOLAR, SE LOCALIZA EL "AGUJERO MENTONIANO" POR DONDE SALE EL NERVIDO Y LOS VASOS MENTONIANOS

CARA POSTERIOR:

-----  
CERCA DE LA LINEA MEDIA SE LOCALIZAN CUATRO APOFISIS O TUBERCULOS QUE RECIBEN EL NOMBRE DE "APOFISIS GENI" DOS SUPERIORES Y DOS INFERIORES.

LAS SUPERIORES DAN INCERCIION A LOS MUSCULOS "GENIUGLOSOS" Y LAS INFERIORES A LOS MUSCULOS "GENIOHIOIDEOS DE AQUI PARTE UNA LINEA OBLICUA QUE VA TERMINAR EN EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE O "LINEA OBLICUA INTERNA O MILOHIODEA". DE DONDE SE VA A INSERTAR EL MUSCULO MILOHIOIDEO.

POR ENCIMA DE ESTA LINEA Y POR FUERA DE LAS APOFISIS GENI, SE LOCALIZA UNA FOSETA, LLAMADA "FOSETA SUBLINGUAL", LA QUE ALOJARA A LA GLANDULA SUBLINGUAL. POR DEBAJO DE LA LINEA INTERNA SE VA A LOCALIZAR OTRA DEPRESION LLAMADA "FOSETA SUBMAXILAR" Y EN LA QUE SE ALOJARA LA GLANDULA DEL MISMO NOMBRE.

BORDE SUPERIOR:

-----  
ESTE ES TAMBIEN LLAMADO BORDE ALVEOLAR; PRESENTARA  
VARIAS CAVIDADES O ALVEOLOS DONDE SE VAN INSERTAR  
LAS RAICES DENTALES

BORDE INFERIOR:

-----  
ESTE BORDE ES LISO Y CONCAVO A CADA LADO DE LA LINEA  
SE ENCUENTRA UNA DEPRESION O FOSETA, LLAMADA "FOSETA  
DIGASTRICA", DONDE SE INSERTA EL MUSCULO DEL MISMO  
NOMBRE.

RAMAS:

-----  
SITUADAS A CADA LADO DE LA MANDIBULA; PRESENTAN  
CUATRO BORDES Y DOS CARAS, UNA INTERNA Y UNA EXTERNA

CARA INTERNA :

-----  
EN LA PARTE MEDIA DE ESTA CARA, SE LOCALIZA UN ORIFI-  
CIO LLAMADO "ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO"  
QUE ES LA ENTRADA DEL CONDUCTO INFERIOR; POR ESTE ORI-  
FICIO PENETRAN, EL NERVIO Y VASOS DENTARIOS INFERIORES  
POR DELANTE DE ESTE ORIFICIO, SE ENCUENTRA UNA ELEVA-

CION DE FORMA TRIANGULAR LLAMADA "ESPINA DE SPIX" LA CUAL VA A SER EL PUNTO DE REFERENCIA PARA EL BLOQUEO DE NERVIOS MANDIBULAR. EN ESTA ESPINA SE VA INSERTAR EL LIGAMENTO ESFENOMAXILAR.

EN LA PARTE INFERIOR Y POSTERIOR DE ESTA CARA ,SE LOCALIZAN UNA SERIE DE RUGOSIDADES, DONDE SE INSERTA EL MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.

CARA EXTERNA:

-----  
ESTA CARA PRESENTA RUGOSIDADES PARA LA INSERCIÓN DEL MUSCULO MASETERO

BORDE ANTERIOR:

-----  
ESTE FORMA EL LADO EXTERNO DE LA HENDIDURA VESTIBULO-CIGOMÁTICA.

BORDE POSTERIOR:

-----  
ESTE RECIBE EL NOMBRE DE "BORDE PAROTÍDEO" POR SU RELACION INTIMA CON LA GLANDULA PAROTIDA.

BORDE SUPERIOR:

-----  
PRESENTA DOS SALIENTES A SABER: POR DELANTE LA APOFISIS CORONOIDES Y POR DETRAS EL CONDILO DE LA MANDIBULA; ENTRE ESTAS DOS SE ENCUENTRA UNA ESCOTADURA BASTANTE AMPLIA LLAMADA "ESCOTADURA SIGMOIDEA", EN LA APOFISIS CORONOIDES SE INSERTA EL MUSCULO TEMPORAL.

EL CONDILO SE UNE A LA MANDIBULA POR MEDIO DE UN ESTRECHAMIENTO QUE SE DENOMINA CUELLO DEL CONDILO ;ESTE ES EN SU PARTE MAS INTERNA DONDE SE INSERTARA EL MUSCULO PTERIGOIDES EXTERNO.

ESTE CONDILO , SE ARTICULARA CON LA CAVIDAD GLENOIDEA DE EL TEMPORAL, FORMANDO UNA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

BORDE INFERIOR:

-----  
ESTE BORDE ,AL UNIRSE CON EL BORDE POSTERIOR FORMA EL ANGULO DE LA MANDIBULA.

POR LA PARTE INTERIOR DE LA MANDIBULA ESTA EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR, EL CUAL SE DIRIGE HACIA DELANTE PASANDO POR LAS RAICES DENTARIAS Y DIVIDIENDOSE EN DOS

(CONDUCTO EXTERNO E INTERNO) EN EL MOMENTO QUE LLEGA A LA ALTURA DE EL SEGUNDO PREMOLAR;  
EL EXTERNO , VA A TERMINAR AL AGUJERO MENTONIANO, Y EL INTERNO SE PROLONGARA HASTA EL INCISIVO CENTRAL.

### MUSCULOS MASTICADORES

-----  
LOS LLAMADOS MUSCULOS MASTICADORES SON CUATRO:

TEMPORAL, MASETERO, PTERIGOIDEO INTERNO Y POR ULTIMO EL PTERIGOIDEO EXTERNO.

#### MUSCULO TEMPORAL:

-----  
ESTE MUSCULO SE EXTIENDE EN FORMA DE ABANICO, OCUPANDO LA FOSA TEMPORAL.

INSERCIONES: SUS FIBRAS SE INSERTAN POR LA CARA INTERNA DE LA APOFISIS CORONOIDES EN LA MISMA, POR LA PARTE DE ARRIBA EN LA LINEA CURVA TEMPORAL INFERIOR Y EN LA PROFUNDIDAD DE LA APONEUROSIS TEMPORAL , MEDIANTE UN HAZ ACCESORIO SE INSERTA EN EL ARCO CIGOMATICO.

RELACIONES : POR SU CARA SUPERFICIAL ESTA RELACIONADO CON LA PARTE SUPERIOR DEL MASETERO, CON LA APONEUROSIS

TEMPORAL Y CON EL ARCO CIGOMATICO .TAMBIEN ESTA RELACIONADO CON LOS VASOS Y NERVIOS TEMPORALES SUPERFICIALES, EL QUE POR SU CARA INTERNA, ESTARA RELACIONADO CON LOS HUESOS DE LA FOSA TEMPORAL, LOS PTERIGOIDES (INTERNO Y EXTERNO),EL BUCCINADOR, LA BOLA GRASOSA DE BICHART , TAMBIEN ESTA EN RELACION CON LOS NERVIOS Y LAS ARTERIAS TEMPORALES PROFUNDAS : ANTERIOR MEDIA Y POSTERIOR.

INERVACION : ESTE MUSCULO ESTA INERVADO POR LOS TRES NERVIOS TEMPORALES PROFUNDOS ;ANTERIOR , MEDIO Y POSTERIOR LOS QUE SERAN RAMAS DE EL MAXILAR INFERIOR.

ACCION:SU ACCION CONSISTE EN ELEVAR Y MANDAR EL MAXILAR HACIA ATRAS.

MUSCULO MASETERO:

-----  
ESTE MUSCULO PRESENTA DOS HACES(UNO SUPERFICIAL Y OTRO PROFUNDO , DIRIGIENDOSE DESDE LA APOFISIS CIGUMATICA HASTA EL ANGULO DE LA MANDIBULA , ESTA ADHERIDO A LA CARA EXTERNA DE LA RAMA DE LA MANDIBULA.

INSERCIONES: EL HAZ SUPERFICIAL, SE INSERTA EN EL BORDE INFERIOR DEL ARCO CIGOMATICO , E INFERIORMENTE EN EL ANGULO DE LA MANDIBULA.

EL HAZ PROFUNDO, ESTA LOCALIZADO POR DENTRO DEL ANTERIOR Y VA DESDE EL ARCO CIGOMATICO HASTA LA CARA EXTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA.

RELACIONES: EL MUSCULO MASETERO, EN SU CARA EXTERNA SE ENCUENTRA RELACIONADO CON LA APONEUROSIS MASETERINA , FUERA DE ESTA SE ENCUENTRA LA ARTERIA TRANSVERSA DE LA CARA, EL CANAL DE STENON, RAMIFICACIONES DEL NERVIO FACIAL, MUSCULO RISORIO Y CUTANEO DEL CUELLO ; ADEMÁS ENCONTRAMOS LOS MUSCULOS CIGOMATICOS MAYOR Y MENOR.

FOR SU PARTE PROFUNDA ENCONTRAREMOS EN RELACION CON LA RAMA DE EL MAXILAR INFERIOR , LA ESCOTADURA SIGMOIDEA , MUSCULO BUCCINADOR , CON EL NERVIO Y LA ARTERIA MASETERINAS QUE LA ATRAVIEZAN , CON LA APOFISIS CORONOIDES Y CON LA BOLA ADIFOSA DE BICHART.

INERVACION: ESTE MUSCULO ESTA INERVADO POR EL NERVIO

MASETERINO QUE ES UNA RAMA DEL MAXILAR INFERIOR

ACCION: ELEVLA LA MANDIBULA.

PTERIGOIDEO INTERNO:  
-----

ESTE MUSCULO COMIENZA EN LA APOFISIS PTERIGOIDES Y TERMINA EN LA PORCION INTERNA DE EL ANGULO DE LA MANDIBULA.

INSERCION: SE INSERTA EN LA PARTE SUPERIOR DE LA FOSA PTERIGOIDEA Y TERMINA POR LA CARA INTERNA DEL ANGULO DE EL MAXILAR, FRENTE A LAS INSERCIONES DE EL MASETERO DANDO LA IMPRESION DE UNIRSE A EL.

RELACIONES: EN SU PORCION EXTERNA ESTA EN RELACION CON EL MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO; POR DENTRO ESTA MUY RELACIONADO CON LA FARINGE Y FORMA EL ESPACIO MAXILO-FARINGEO, POR DONDE ATRAVIEZA EL NERVIU NEUMOGASTRICO GLOSOFARINGEO, ESPINAL E HIPOGLOSO, LOS VASOS DE LA CAROTIDA INTERNA Y LA YUGULAR INTERNA.

INERVACION : ESTA INERVADO POR EL NERVIU PTERIGOIDEO INTERNO EL QUE PROCEDE DE LA MANDIBULA.

ACCION: SU FUNCION CONSISTE EN ELEVAR LA MANDIBULA DANDO ADEMAS MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD.

PTERIGOIDEO EXTERNO:

-----  
ESTE MUSCULO SE ENCUENTRA DESDE LA APOFISIS PTERIGOIDES HASTA EL CUELLO DEL CONDILLO MANDIBULAR.

INSERCIONES: EL PTERIGOIDEO EXTERNO CONSTA DE DOS HAZES, UNO SUPERIOR, QUE SE INSERTA EN EL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES (POR LO QUE ES LLAMADO ESFENOIDAL).

UN HAZ INFERIOR, LLAMADO TAMBIEN PTERIGOIDEO SE VA A FIJAR SOBRE LA CARA EXTERNA EN EL ALA EXTERNA DE LA APOFISIS PTERIGOIDES.

EL HAZ ESFENOIDAL Y EL PTERIGOIDEO, SE VAN A INSERTAR EN LA PARTE INTERNA DEL CUELLO DEL CONDILLO, EN LA CAPSULA ARTICULAR Y EN EL MENISCO INTERARTICULAR.

RELACIONES: SU PARTE SUPERIOR ESTA EN RELACION CON EL NERVIOS TEMPORAL PROFUNDO MEDIO Y EL MASETERINO, EN SU PORCION EXTERNA SE RELACIONARA CON LA ARTERIA MAXILAR INTERNA.

INERVACION : EL PTERIGOIDEO EXTERNO RECIBE INARVACION DE LAS RMAS DEL TEMPORODUCAL Y DE LA RAMA DEL MAXILAR INFERIOR.

ACCION: LA CONTRACCION SIMULTANIA DE LOS DOS MUSCULOS PRODUCE MOVINIENTOS DE PROYECCION.Y LA CONTRACCION EN FORMA AISLADA PRODUCE MOVINIENTOS DE LATERALIDAD.

A ESTOS MOVINIENTOS EN FORMA ALTERNA Y RAPIDA SE LEO LLAMARA MOVINIENTOS DE DIDUCCION ,ESTOS SON LOS PRIN- CIPALES MOVINIENTOS DE LA MASTICACION.

/NERVIO TRIGEMINO: (V PAR CRANEAL)\

---

EL NERVIO TRIGEMINO ES UN NERVIO MIXTO INTEGRADO POR UNA PORCION MOTORA MENOR "PORTIO MINOR" Y UNA PORCION SENSITIVA MAYOR O "PORTIO MAJOR".

SU PORCION MOTORA INERVA LOS MUSCULOS MASTICADORES ,Y SU PORCION SENSITIVA ,INERVA LA CARA Y LA MITAD ANTERIOR DE LA CABEZA.

LA PORCION SENSITIVA:POSEE UN GANGLIO GRANDE EN FORMA DE MEDIA LUNA ,LLAMADO : "GANGLIO SEMILUNAR O GANGLIO DE GASER";QUE OCUPA LA IMPRESION TRIGEMINAL (FOSA DEL GANGLIO DE GASSER) EN EL PISO DE LA FOSA CEREBRAL MEDIA.

ORIGEN APARENTE: SE FORMA POR DOS RAICES COLOCADAS EN LA CARA INFERIOR DE LA PROTUBERANCIA ANULAR EN EL QUE SE CONFUNDE CON LOS DOS PEDUNCULOS CEREBRALES MEDIOS SIENDO LA RAIZ SENSITIVA LA DE MAS VOLUMEN.

ORIGEN REAL: EL ORIGEN REAL DL EL TRIGEMINO COMPRENDE DOS NUCLEOS, UNO PEQUENO Y REDONDEADO, SITUADO A CADA

LADO DE EL CALMUS SCRIPTORIOS ENTRE LOS NUCLEOS DE EL CUARTO Y SEXTO PAR ,SIENDO ESTE PARA LA RAIZ MOTORA, EL OTRO QUE CORRESPONDE A LA RAIZ SENSITIVA, ES MUCHO MAS GRUESO.DE AGUI EL TRIGEMINO SE DIRIGE AL VERTICE DEL PENASCO QUE PRESENTA EL GANCIO DE GASSER , UNICAMENTE FORMADO POR LA RAIZ SENSITIVA , DEL BORDE ANTERIOR EXTERNO DEL GANGLIO DE GASSER NACEN LAS TRES RAMAS DE EL TRGEMINO ,QUE SON:OFTALMICA,MAXILAR SUPERIOR Y MAXILAR INFERIOR.

OFTALMICO: ESTA ES UNA RAMA ENTERAMENTE SENSITIVA , Y  
-----  
SE INTRODUCE EN LA ORBITA POR MEDIO DE LA HENDIDURA ESFENOIDAL Y UNA VEZ EN ELLA SE DIVIDE EN TRES RAMAS.

1.-NERVID LAGRIMAL:ESTE DA RAMAS A LA CONJUNTIVA OCULAR INERVA UNA PEQUENA ZONA DE LA PIEL EN EL ANGULO EXTERNO DEL OJO Y LA GLANDULA LAGRIMAL.

2.-NERVID NASOCILIAR:SIGUE UN TRAYECTO HACIA LA LINEA MEDIA Y VA A INERVAR LA MUCCOSA DE LA PORCION ANTERIOR POSTERIOR DE LAS FUSAS NASALES , LA PIEL DEL DORSO DE

LA NARIZ Y LA DEL ANGULO INTERNO DEL OJO.

3.-NERVIO FRONTAL:CORRE INMEDIATAMENTE DEBAJO DEL TEPCHO DE LA ORBITA ,DIVIDIENDOSE EN DOS FRONTAL INTERNO Y FRONTAL EXTERNO , QUE INERVAN LA PIEL DEL PARRADO SUPERIOR Y LA REGION FRONTAL HASTA EL CUERO CABELLUDO.

GANGLIO OPTALMICO: EL GANGLIO OPTALMICO ES UN PEQUENO ENGROSAMIENTO NERVIOSO SITUADO SOBRE EL LADO EXTERNO DEL NERVIO OPTICO;RECIBE TRES RAICES LA NOTURA GRUESA Y CORTA , VIENE DEL MOTOR OCULAR COMUN , LA SENSITIVA VIENE DEL NASAL , LA VEGETATIVA ES UNA RAMA DEL GRAN SIMPATICO,LA QUI VIENE DE EL PLEXO CAVERNOSO.

MAXILAR SUPERIOR: EL NERVIO MAXILAR SUPERIOR ES SOLAMENTE SENSITIVO, NACE DE EL GANGLIO DE GASSER Y ATRAVIEZA EL AGUJERO REDONDO MOYOR PENETRANDO DESPUES EN LA FOSA PTERIGOMAXILAR , ALCANZA LA HENBIDURA ESFENOMAXILAR Y DESPUES EL CANAL SUBORBITARIO,PARA PENETRAR EN EL CONDUCTO DEL MISMO NOMBRE ,SALE POR EL ORIFICIO SUBORBITARIO DONDE EMITE SUS RAMAS TERMINALES ESTE EMITIRA SEIS RAMAS COLATERALES, LLAMADAS: MENINGEA

MEDIA, RAMA ORBITARIA, NERVIU ESFENOPALATINO, NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES, NERVIU DENTARIO MEDIO Y NERVIU DENTARIO ANTERIOR.

EL GANGLIO ESFENOPALATINO O DE MECKEL: SITUADO EN LA FOSA PTERIGOMAXILAR TIENE TRES RAICES: MOTRIZ, SENSITIVA Y VEGETATIVA.

MOTRIZ : QUE VIENE DEL FACIAL CON EL NOMBRE DE NERVIU PETROSO SUPERFICIAL.

LA SENSITIVA: VIENE DE EL GLOSOFARINGEO CON EL NOMBRE DE PETROSO PROFUNDO INTERNO Y DE EL MAXILAR.

LA VEGETATIVA: ESTA ES PROPORCIONADA POR UN RAMO DE EL GRAN SIMPATICO EN QUE SE DESTACA EL PLEXO CAROTIDEO LOS NERVIOS PALATINOS DESCENDEN POR EL CONDUCTO DEL MISMO NOMBRE POSTERIOR Y SE DISTRIBUYEN EN LA MUCOSA DE LAS DOS CARAS DEL VELO DE EL PALADAR Y EN LOS MUSCULOS PALATOESTAFILINO Y PERIESTAFILINO INTERNO.

MAXILAR INFERIOR: ESTA SERA LA TERCERA RAMA DE EL TRI-  
-----

GEMINO, NACE DE EL BORDE ANTERIOR EXTERNO DEL GANGLIO DE GASSER; PASA A TRAVES DE EL AGUJERO OVAL, LLEGANDO POSTERIORMENTE A LA FOSA INTRATEMPORAL.

LA RAMA DE EL MAXILAR INFERIOR CUENTA CON DOS TRONCOS ANTERIOR Y POSTERIOR.

TRONCO ANTERIOR: ESTE SE DIVIDE EN TRES RAMAS: TEMPOROBUCAL, TEMPORAL PROFUNDO MEDIO Y TEMPOROMASETERINO.

TRONCO POSTERIOR: DA CUATRO RAMAS ,PTERIGOIDEO INTERNO, AURICULOTEMPORAL, DENTARIO INFERIOR Y LINGUAL.

NERVIO TEMPOROBUCAL: SE DIRIGE HACIA ADELANTE Y ABAJO DE LA MEJILLA PARA DIVIDIRSE EN UNA RAMA ASCENDENTE Y (NERVIO TEMPORAL PROFUNDO ANTERIOR) Y UNA RAMA DESCENDENTE SENSITIVA (NERVIO BUCAL).

EL NERVIO TEMPORAL PROFUNDO ANTERIOR: INERVARA DESPUES LOS HACES ANTERIORES DEL MUSCULO TEMPORAL.

EL NERVIO BUCAL: VA A INERVAR LA PIEL Y LA MUCOSA DE LOS CARRILLOS.

NERVIO TEMPORAL PROFUNDO MEDIO : ESTE NERVI0,SE DIRIGE A LA PARTE MEDIA DE EL MUSCULO TEMPORAL.

NERVIO TEMPOROMASETERINO:ESTE SE DIVIDE EN DOS:NERVIO TEMPORAL PROFUNDO POSTERIOR (QUE INERVA LOS HACES MAS POSTERIORES DE EL MUSCULO TEMPORAL ) Y EL MASETERINO (QUE SE DIRIGE A LA CARA PROFUNDA DEL MASETERO PASANDO POR LA ESCOTADURA SIGMOIDEA DEL MAXILAR INFERIOR).

NERVIO PTERIGOIDEO INTERNO: ESTE NERVI0,PENETRA EN LA CARA PROFUNDA DEL MISMO NOMBRE.

NERVIO AURICULO TEMPORAL:ESTE NERVI0,SE DIVIDE EN VARIAS RAMAS DESDE LA PARTE SUPERIOR DE LA PAROTIDA DIVIDIENDOSE EN VARIAS RAMAS:AURICULARES INFERIORES LAS QUE VAN A INERVAR EL PABELLON DE LA OREJA,LOS FILETES ARTICULARES VAN A INERVAR LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR ,Y DOS RAMAS ANASTOMOTICAS , UNA SERA PARA EL NERVI0 DENTARIO INFERIOR Y LA OTRA DE LAS RAMAS SERA PARA EL NERVI0 FACIAL.

NERVIO DENTARIO INFERIOR: ESTE NERVI0, JUNTO CON LA ARTERIA DENTARIA INFERIOR, PENETRAN EN EL CONDUCTO DENTARIO, PARA DIRIGIRSE DESPUES HASTA EL AGUJERO MENTONIANO.

NERVIO INCISIVO: ESTE NERVI0, VA A PENETRAR EN EL CONDUCTO QUE LLEVA EL MISMO NOMBRE Y POSTERIORMENTE INERVARA A LOS INCISIVOS Y A EL CANINO.

NERVIO MENTONIANO: ESTE NERVI0, SALDRA POR EL AGUJERO MENTONIANO PARA DISTRIBUIRSE POR LA PIEL Y LA MUCOSA DE EL LABIO INFERIOR.

EL NERVI0 DENTARIO INFERIOR, INERVARA A LOS DIENTES, AL TEJIDO OSEO, AL PEROSTIO Y LAS ENCIAS.

POCO ANTES DE PENETRAR EN EL CONDUCTO DENTARIO, EMITE RAMAS PARA EL MUSCULO MIOHIGIDEO Y PARA EL VIENTRE ANTERIOR DE EL DIGASTRICO.

NERVIO LINGUAL: ESTE NERVI0 PASA ENTRE LOS DOS MUSCULOS PTERIGOIDEOS Y LLEGA A PASAR POSTERIORMENTE POR EL PISO DE LA BOCA.

ORIGINA DISTINTAS RAMAS COLATERALES QUE VAN DESDE EL PISO DE LA BOCA, A EL VELLO DE EL PALADAR , LAS AMIGDALAS Y LA MUCOSA DE LAS ENCIAS.

GANGLIO SUBMAXILAR: ENCONTRAREMOS EL GANGLIO SUBMAXILAR CERCA DE LA GLANDULA SUBMAXILAR.

SU RAIZ VIENE DEL NERVIO LINGUAL, SU RAIZ MOTORA VIENE DE LA CUERDA DE EL TIMPANO Y SU RAIZ VEGETATIVA DE LOS FILETES DEL GRAN SIMPATICO. EL GANGLIO SUBMAXILAR DA RAMAS A LA GLANDULA SUBMAXILAR, A LA PARTE TERMINAL DE EL NERVIO LINGUAL Y A LAS PAREDES DE EL CONDUCTO DE WHARTON.

/CLASIFICACION DE LOS TERCEROS MOLARES EN MANDIBULA DEL/  
-----  
\TIPO INCLUIDO/  
-----\

LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN LA MANDIBULA, SE ENCUENTRAN EN LAS POSICIONES MAS DIVERSAS, Y ESTAS SERAN CLASIFICADAS CON FINES QUIRURGICOS DE LA SIGUIENTE FORMA:

DE ACUERDO A SU DESVIACION:

- 
- 1) NORMAL: (SIN DESVIACION) EL TERCER MOLAR SIGUE LA FORMA NORMAL OVAL DE LA ARCADA.
  - 2) DESVIACION BUCAL: LA POSICION DE EL TERCER MOLAR ESTA DIRIGIDA HACIA AFUERA DEL OVALO DE LA ARCADA.
  - 3) DESVIACION LINGUAL: LA POSICION DE EL TERCER MOLAR ES DIRIGIDA HACIA DENTRO DEL OVALO DE LA ARCADA.

DE ACUERDO A LA PROFUNDIDAD EN EL HUESO:

- 
- 1) LA PARTE MAS ALTA DE EL TERCER MOLAR ESTA POR ENCIMA O A EL MISMO NIVEL DE LA LINEA OCLUSAL.
  - 2) LA POSICION MAS ALTA DE EL TERCER MOLAR ESTARA POR DEBAJO DE LA LINEA OCLUSAL DE EL SEGUNDO MOLAR.
  - 3) LA POSICION MAS ALTA DE EL TERCER MOLAR SE ENCUENTRA

A EL MISMO NIVEL O POR DEBAJO DE LA LINEA CERVICAL DE EL SEGUNDO MOLAR.

DE ACUERDO A LA POSICION DE LA RAMA ASCENDENTE Y LA CARA DISTAL DE EL SEGUNDO MOLAR:

1) ESTA SERA CUANDO HAY SUFICIENTE ESPACIO ENTRE EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE Y LA CARA DISTAL DE EL SEGUNDO MOLAR, DANDO ESPACIO SUFICIENTE PARA LA NORMAL ERUPCION DE EL TERCER MOLAR.

2) ESTA SERA CUANDO EL ESPACIO QUE EXISTE ENTRE LA RAMA ASCENDENTE Y LA CARA DISTAL DE EL SEGUNDO MOLAR, ES MENOR QUE EL DIAMETRO MESIODISTAL DE EL TERCER MOLAR.

3) ESTA SERA CUANDO TODO O LA MAYOR PARTE DE EL TERCER MOLAR SE ENCUENTREN EN EL INTERIOR DE LA RAMA.

DE ACUERDO A LA POSICION QUE GUARDAN LOS EJES LONGITUDINALES DE EL TERCER MOLAR Y EL SEGUNDO MOLAR.

(ESTA SERA LA CLASIFICACION DE WINTER)

1. VERTICAL

5. DISTOANGULAR

2. HORIZONTAL

6. VESTIBULOANGULAR

3. INVERTIDA

7. LINGUOANGULAR

4. MESIOANGULAR

A) RETENCION VERTICAL: EN ESTA RETENCION AUNQUE LOS EJES LONGITUDINALES SON PARALELOS, EL DIENTE ESTARA TOTAL O PARCIALMENTE CUBIERTO.

B) RETENCION HORIZONTAL: EN ESTE CASO EL EJE MAYOR DE EL TERCER MOLAR, ES SENSIBLEMENTE PERPENDICULAR A LOS EJES DEL SEGUNDO Y PRIMER MOLAR.

C) RETENCION INVERTIDA : EN ESTE CASO EL TERCER MOLAR, SE ENCUENTRA TOTALMENTE INVERTIDO A LA POSICION VERTICAL MOSTRANDO SU CARA OCLUSAL HACIA EL BORDE DE LA MANDIBULA; SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE LA PARANORMAL.

D) RETENCION MESIOANGULAR: EL ANGULO QUE FORMAN LOS EJES DEL TERCER Y SEGUNDO MOLAR , FORMAN UN ANGULO VARIABLE DE (45 GRADOS APROXIMADAMENTE)

E) RETENCION DISTOANGULAR: LOS ANGULOS DE EL TERCER Y SEGUNDO MOLAR FORMARAN UN ANGULO DIVERGENTE VARIABLE.

F)RETENCION VESTIBULOANGULAR : LA CARA OCLUSAL DE EL MOLAR ESTA DIRIGIDA HACIA BUCAL.

G)RETENCION LINGUANGULAR:LA CORONA DE EL TERCER MOLAR ESTA DIRIGIDA HACIA LINGUAL.

/PROBLEMAS PROVOCADOS POR LOS DIENTES INCLUIDOS\  
-----

LOS DIENTES INCLUIDOS O RETENIDOS EN EL MOMENTO DE INTENTAR ERUPCIONAR PRODUCEN UNA SERIE DE TRASTORNOS Y PROBLEMAS PATOLOGICOS LOS QUE SE PUEDEN CLASIFICAR EN

- |              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| 1) MUCOSOS   | 4) OSEOS                    |
| 2) NERVIOSOS | 5) LINFATICOS O GLANDULARES |
| 3) CELULARES | 6) TUMORALES                |

1) ACCIDENTES MUCOSOS : ESTA ES UNA INFECCION QUE ATACA LAS PARTES BLANDAS QUE RODEAN A EL MOLAR; COMO EJEMPLO TENEMOS LA PERICORONITIS.

COMO LESION INICIAL LA PODREMOS DIAGNOSTICAR, POR LOS SIGNOS MAS CARACTERISTICOS QUE SERAN: DOLOR, CALOR, TUMOR Y RUBOR. ESTOS SERAN PRODUCIDOS POR UN PROCESO DE TIPO INFECCIOSO, QUE ATACA DIRECTAMENTE A NIVEL DE EL SACO PERICORONARIO. ESTA LESION PUEDE OCURRIR EN FORMA BRUSCA O PAULATINAMENTE.

DOLOR: EL DOLOR ESTARA PRODUCIDO POR LA PRESION QUE ES EJERCIDA POR EL SACO Y EN EL, DEBIDO A LA INFECCION

EL DOLOR AUMENTA CON EL CAMBIO DE TEMPERATURA, Y CON EL ROSE DE LOS ALIMENTOS. ESTE DOLOR PUEDE ENCONTRARSE EN EL CAPUCHON O IRRADIARSE EN LA LINEA DEL NERVIDO DENTAL INFERIOR.

TUMOR: EL TUMOR ES CAUSADO DIRECTAMENTE POR EL PROCESO INFECCIOSO QUE ATACA, A EL SACO PERICORONARIO.

RUBOR: LA ZONA PRESENTARA COLOR ROJIZO DEBIDO A LA INFLAMACION DE LOS VASOS SANGUINEOS.

CALOR: EL CALOR ES UNA FORMA DE DEFENSA CORPORAL.

2) ACCIDENTES NERVIOSOS: COMO UN EJEMPLO CITARE LA TENSION NERVIOSA QUE DESATARA DESDE LA SOLA MOLESTIA, HASTA EL DOLOR CONTINUO.

3) ACCIDENTES CELULARES: LA INFECCION SE DISEMINARA, E INFLUIRA EN LOS ESPACIOS ADJUNTOS PROPAGANDOSE LLEGANDO EN OCASIONES HASTA LA MUCCOSA AMIGDALINA Y FARINGEA.

4) ACCIDENTES OSEOS: ESTOS ACCIDENTES COMO COMPLICACION DE UNA PERICORONITIS SON SUMAMENTE RAROS. AUNQUE SE HAN

VISTO CASOS DE INFECCION OSEA, DESARROLLADAS ENTRE EL SEGUNDO Y EL TERCER MOLAR. EL FOCO INFECCIOSO ES DE FACIL PROPAGACION Y DAR CUADROS SEPTICOS GENERALES.

5) ACCIDENTES LINFATICOS O GANGLIONARES: LOS GANGLIOS DE LA REGION DE EL TERCER MOLAR SON LOS GANGLIOS SUBMAXILARES O GANGLIO DE CHASSAIGNAC.

POR LO GENERAL DESPUES DE TRATADA Y TERMINADA LA INFECCION EL GANGLIO VUELVE A SU ESTADO NORMAL, PERO CUANDO LA INFECCION ES DE GRAN VIRULENCIA Y NO ES TRATADA EL VOLUMEN AUMENTARA, Y EL DOLOR A LA PALPACION Y ESPONTANEAMENTE SERA INMINENTE EN ESTOS CASOS EL GANGLIO SUPURARA CON FACILIDAD.

6) ACCIDENTES TUMORALES: LOS TERCEROS MOLARES, RETENIDOS ORIGINAN TUMORES ODONTOGENICOS O LOS LLAMADOS QUISTES DENTIGEROS.

ESTOS QUISTES PUEDEN INFECTARSE DANDO PROCESOS SUPURATIVOS DE INTENSIDAD VARIABLE.

TRATAMIENTO DE LA PERICORONITIS: SI EL FACTOR IRRITANTE

-----

ES EL MOLAR SUPERIOR, HAY QUE EXTRAERLO INMEDIATAMENTE.  
EL TRATAMIENTO DE LA PERICORONITIS SE REALIZA POR DOS  
FORMAS : QUIRURGICA Y MEDICA.

TRATAMIENTO MEDICO : EL CAPUCHON SE LAVA PERFECTAMENTE  
CON UNA SOLUCION ANTISEPTICA DEBIL (AGUA OXIGENADA POR  
EJEMPLO).

A EL PACIENTE SE LE PRESCRIBEN, ENJUAGATORIOS CADA HORA  
CON UNA SOLUCION DE AGUA TIBIA, CON UNA CUCHARADITA DE  
SAL, REPOSO, INGESTA ABUNDANTE DE LIQUIDOS, ASI COMO EL  
APOYO DE ANTIBIOTICO.

TRATAMIENTO QUIRURGICO : ESTE TRATAMIENTO PUEDE SER DE  
DE DOS FORMAS: APERTURA DE LOS FOCOS DE SUPURACION O LA  
EXTRACCION DE EL MOLAR.

ESTE TIPO DE PROBLEMAS LOS ENCONTRAREMOS EN TODOS LOS  
CLIMAS, EN AMBOS SEXOS Y EN EDADES MUY DISTINTAS.

RAZA. ENCONTRAREMOS QUE EN LA RAZA NEGRA NO SE VE ESTE  
TIPO DE ACCIDENTES, ESTO ES POR CONTAR CON UNA MANDIBU-  
LA DE MAYOR TAMAÑO PERMITIENDO LA FACIL ERUPCION DE EL  
TERCER MOLAR.

SEXO: ES MUCHO MAS FRECUENTE ENCONTRAR ESTE TIPO DE PATOLOGIAS EN EL SEXO FEMENINO.

EDAD: LA EDAD EN QUE SE ENCUENTRAN ESTE TIPO DE PROBLEMAS ES VARIABLE, PRINCIPALMENTE ENTRE LOS 18 Y 20 AÑOS AUNQUE TAMBIEN SE HAN ENCONTRADO PACIENTES DE 70 Y 80 AÑOS DE EDAD.

/SITUACIONES DE ORDEN GENERAL/  
-----/

EMBARAZO: SE ACONSEJA NO PRACTICAR RADIOGRAFIAS INNECESARIAS Y EMPLEAR PROTECTORES DE PLOMO SOBRE EL ABDOMEN DE LAS ENFERMAS, EN TODOS LOS EXAMENES RADIOLOGICOS CUANDO SEA NECESARIO UNA INTERVENCION QUIRURGICA, SE PREFERENCIA SE HACE EN COMPANIA DEL GINECOLOGO Y EMPLEANDO ANESTESIA LOCAL. TRATAREMOS DE NO USAR VASOS CONSTRUCTORES POR HIPERTENSION ARTERIAL EXISTENTE Y POR EL STREES EMOCIONAL, EVITAREMOS EL USO DE ANTIBIOTICOS COMO LA TETRACICLINA Y EL CLORANFLINICOL.

OBESIDAD: EN ESTAS PERSONAS, EXISTE SIEMPRE LA POSIBILIDAD DE QUE SE ENCUENTRE EN UN ESTADO MAS O MENOS DECLARANDO DE UNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O METABOLICA COMO LA DIABETES.

LA INYECCION INTRAVENOSA DE BARBITURICOS A UN PACIENTE OBESO, REPRESENTA SIEMPRE UNA ACUMULACION DE DIFICULTADES EN RELACION CON LA ABSORCION Y DISTRIBUCION DEL FARMACO.

SIN EMBARGO ES ACEPTABLE Y ACONSEJABLE EN TODOS LOS CASOS UN EXAMEN DEL LABORATORIO PREVIO REALIZADO POR EL INTERNISTA, TOMANDO EN CUENTA ENTRE OTROS PUNTOS IMPORTANTES LA CONCENTRACION DE GLUCOSA, EL TIEMPO DE SANGRADO Y EL TIEMPO DE COAGULACION.

EDAD: SERA LA ANESTESIA LOCAL LA DE ELECCION EN LAS PERSONAS AVANZADAS; YA QUE EXISTEN DIFERENCIAS VITAMINICAS, PROTEICAS A CONSECUENCIA DE QUE EL METABOLISMO DISMINUYE Y POR CONSIGUIENTE DISMINUYEN LAS DEFENSAS ORGANICAS Y POR LO TANTO EL APETITO. DE PREFERENCIA LA INTERVENCION QUIRURGICA SE HARA EN COMPANIA DEL GERIATRA, ESTOS PACIENTES RESPONDEN BIEN SIEMPRE CON UN ADECUADO TRATO PSICOLOGICO.

#### ESTADOS PATOLOGICOS ESPECIFICADOS DE INTERES

-----

LA ANGINA DE PECHO: ES UNA ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS EN DONDE ENCONTRAREMOS UN ESTRECHAMIENTO EN EL DIAMETRO DE LAS MISMAS, EN ESTOS CASOS DESPUES DE UN

EXCESO FISICO O EMOCIONAL, EL PACIENTE SENTIRA UN DOLOR RETROEXTERNAL, EL DOLOR A MENUDO AVANZA POR EL BRAZO IZQUIERDO. EN ESTE CASO RECOMENDAREMOS DESCANSO Y EL EMPLEO DE VASODILATADORES CORONARIOS COMO EL TRINITRATO DE NITROGLICERINA, Y NINGUNA EXCITACION. MEDICAREMOS PREVIAMENTE CON BARBITURICOS DE ACCION RAPIDA, ATARAXICOS ADMINISTRADOS UNA HORA ANTES DE LA INTERVENCION LA ANESTESIA QUE UTILIZAREMOS DE TIPO LOCAL SERA LA DE ELECCION.

INFARTO DE MIOCARDIO: ES UNA FALTA PROLONGADA DE OXIGENO QUE COMO CONSECUENCIA PRODUCIRA NECROSIS EN LOS TEJIDOS DEL CORAZON RECOMENDAREMOS UNA PREMEDICACION, ANESTESIA LOCAL Y EVITAR INYECCIONES INTRAVASCULARES ASI COMO DESCANSO. ESTOS PACIENTES SUELEN ESTAR TOMANDO ANTICUAGULANTES, EN ESTE CASO DEBEREMOS SUSPENDER LA MEDICACION BAJO UN CONTROL ESTRICTO, POR QUE EXISTE EL RIESGO DE TROMBOSIS INTRAVASCULAR, ESTO SUCEDE AL CESAR LA ADMINISTRACION DE LOS ANTICUAGULANTES EL TIEMPO DE PROTROMBINA IDEAL ES DE 1.5 A 2.5. NO RECOMENDAREMOS LA VITAMINA K; PORQUE ESTA PROVOCARIA UN ESTADO DE HIPER-

CUAGULACION SANGUINEA. Y NO PODREMOS REALIZAR NINGUNA INTERVENCION SI NO HAN PASADO POR LO MENOS 6 MESES DEL INFARTO AL MIOCARDIO.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: ES UNA FALLA EN EL MIOCARDIO QUE EN OCASIONES ES UNA SECUELA DE UNA ANGINA DE PECTORIS. EN ESTE PADECIMIENTO HAY UNA FALLA EN EL BOMBEO DE LOS VENTRICULOS EL CUAL DARA COMO CONSECUENCIA CIANOSIS, VASOCONTRICION PERIFERICA. SE LE ADMINISTRARA AL PACIENTE DIURETICOS Y CARDIOTONICOS SE LE RECOMENDARA REPOSO Y RESTRICION DE SAL.

FIEBRE REUMATICA: ESTA ES UNA INFECCION GENERAL QUE SERA PROVOCADA POR EL ESTREPTOCOCCO BETA HEMOLITICO Y EN LA ZONA DEL ENDOCARDIO DE LAS VALVULAS. LAS BACTERIAS SE IMPLANTAN EN LAS PAREDES DEL ENDOCARDIO, DANDO LUGAR A LA ENDOCARDITIS BACTERIANA.

LA PENICILINA SERA UN FARMACO DE ELECCION YA QUE TIENE GRAN EFECTIVIDAD SOBRE LOS MICROORGANISMOS BUCALES Y LOS RESPONSABLES DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA.

LA PENICILINA G SOBICA ADMINISTRADA EN DOSIS DE 400000

U. CADA 4 HORAS, DOS DIAS ANTES DE LA INTERVENCION Y 2 DIAS DESPUES DE LA INTERVENCION, Y PENICILINA G CRISTALINA ADMINISTRADA EN DOSIS DE 500 000 U. INTRAMUSCULAR 2 DIAS ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCION EN CASO DE PRESENTAR ALERGIA A LA PENICILINA SE RECOMIENDA ADMINISTRAR, 250 mg/6 HORAS DE ERITROMICINA 2 DIAS ANTES Y DESPUES.

BLOQUEO CARDIACO: ESTE TIPO DE PADECIMIENTOS SE PRESENTA CUANDO LAS ONDAS DE EXCITACION CARDIACA, SE VEN RETARDADAS O INTERRUMPIDAS EN SU TRAYECTO, SOBRE EL QUE SON NORMALMENTE CONDUCIDAS. EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE BLOQUEO CARDIACO SE DISTINGUEN POR SUS CARACTERISTICAS ELECTROCARDIAGRAFICAS. RECOMENDAREMOS SE LE ADMINISTRE AL PACIENTE ATROPINA ANTES DE LA INTERVENCION, EN OTROS CASOS NO SE RECOMIENDA PORQUE PUEDE PRODUCIR TAQUICARDIA. EN EL CASO DE LOS ENFERMOS CON BLOQUEO CARDIACO SE RECOMIENDA REALIZAR LA INTERVENCION CON LA AYUDA DE UN MONITOR CARDIACO ASI COMO TODOS LOS INSTRUMENTOS PARA LA RESUCITACION CARDIACA.

## ENFERMEDADES BRONCO-PULMONARES

---

ASMA BRONQUIAL: SON CAMBIOS EN LA VARIACION DEL CALIBRE DE LOS BRONQUIOS POR BREVES PERIODOS DE TIEMPO. ES MUY FACIL OCASIONAR UN ATAQUE ASMATICO CUANDO EL PACIENTE VE LA JERINGA O SE ALTERA.

TIPO ALERGICO: ESTE TIPO DE ASMA ES POR CAUSAS ALERGICAS COMO PUEDEN SER :PULVO,PELO HUMANO O ANIMAL,POLEN, VIRUS, MARISCOS, CIERTAS LEVADURAS ETC.

EL TRATAMIENTO ES "PALIATIVO" A BASE DE NEBULIZANTES. CON DOSIS DE ISIPROTERNOL CON ADRENALINA, 0.1mg Y 0.1 ml. RESPECTIVAMENTE.

SE APLICA POR VIA CUTANEA EN PROPORCION DE UNO POR MIL

## BRONQUITIS CRONICA Y ENFISEMA PULMONAR:

---

ES UNA REACCION INFLAMATORIA DE LOS BRONQUIOS Y DE LOS BRONQUIOLOS, EN LA QUE NO HAY INTERCAMBIO DE CO<sub>2</sub> Y O<sub>2</sub>. HAY TOS DIURNA, ESPECTORACION, Y DISNEA DE ESFUERZO. EL EL PACIENTE DEBERA ABSTENERSE DE CIGARRO Y DE BEBIDAS

ALCOHOLICAS, SE LE ADMINISTRARAN TETRACICLINAS Y AMPICILINAS 2grs. DIARIOS REPARTIDOS EN 4 DOSIS DE 7 A 10 DIAS.

#### ENFERMEDADES METABOLICAS

-----

DIBETES : ESTA ES UNA ENFERMEDAD HEREDITARIA ADQUIRIDA EN LA QUE EXISTE UNA ALTERACION EN EL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO, SECUNDARIA A UNA DEFICIENCIA ABSOLUTA O RELATIVA DE INSULINA.

ES NECESARIO PREGUNTAR , QUE CANTIDAD DE AGENTES HIPOLUCEMICOS HA ESTADO TOMANDO EL ENFERMO, PARA TRATAR DE MANTENER LOS NIVELES SANGUINEOS DE GLUCOSA, LA ANESTESIA GENERAL DEBE ADMINISTRARSE , SOLO BAJO VIGILANCIA HOSPITALARIA , DEBEREMOS EVITAR LAS INYECCIONES INTRAMUSCULARES Y RECETAR ANTIBIOTICOS NECESARIOS.

#### HIPERPARATIROIDISMO

-----

SE DESCUBRE GENERALMENTE POR UN PROBLEMA DE TUMORACION EN CUALQUIERA DE LAS CUATRO GLANDULAS TIROIDES, EL 80% ES POR UNA ADENOMA, EL 10% HIPERPLASIA, EL 5% EN ADENOCARCINOMA.

CLINICAMENTE, SE VEN LESIONES GRANULOMATOSAS DE LAS EN-  
CIAS OSTEITIS FIBROUSAS GENERALIZADAS.

EN ESTOS PACIENTES HAY UN AUMENTO DE CA , DISMINUCION  
DE P Y AUMENTO DE FOSFATASA ALCALINA.

SIENDO EL VALOR NORMAL DE Ca<sup>2+</sup> 9-11mg POR %

P 3-4 mg POR %

FOSFATASA ALCALINA .8 A 2 UNIDADES BOSANSKY.

#### ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

-----

ULCERA PEPTICA: ES UNA PERDIDA DE TEJIDO, QUE ABARCA LA  
MUCOSA, SUBMUCOSA Y CAPA MUSCULAR, SE DESARROLLA EN ZO-  
NAS EXPUESTAS HA ACCION DEL JUGO GASTRICO (ESTOMAGO).  
EL ACIDO CLORHIDRATO ACTUA AFECTANDO LA MUCOSA, SE CON-  
SIDERA QUE EXISTE UNA FASE NEUROGENICA (NERVIO VAGO),  
AL INICIO DE LA ENFERMEDAD, SE CONSIDERA COMO UN FUER-  
TE FACTOR PREDISPONENTE LA TENSION EMOCIONAL.

#### ALTERACIONES HEMATICAS

-----

SE CONSIDERAN COMO ENFERMEDADES HEMATICAS A AQUELLAS

QUE ATACAN A LA MEDULA OSEA,EL TUIDO LINFOIDE,EL HIGA--  
DO.COMO PRINCIPAL EJEMPLO TENDREMOS,A LA ANEMIA,LEUCE--  
NIA,AGRANULOCITOCIS,HEMOFILIA Y POLICITEMIA.

ANEMIA: ES UNA ALTERACIO DE LOS HEMATIES, DISMINUYENDO  
LOS VALORES NORMALES.

EN HOMERES DE 5 A 6 MILLONES POR mm CUBICO.

EN MUJERES DE 4 A 5 MILLONES POR mm CUBICO.

EL PACIENTE SENTIRA FATIGA,SOMNOLENCIA,VERTIGO,DETALEA  
FRIO,TENDRAN PALIDES EN LA CARA, Y SANGRARAN CON MUCHA  
FACILIDAD.

LEUCEMIA: EN ESTE PADECIMIENTO ENCONTRAREMOS UNA PRIO--  
LIFERACION ANORMAL DE LEUCOSITOS,ASI COMO UNA INVICI--  
DNDE LAS FUNCIONES DE LA MEDULA OSEA,LA QUE SE CONSIDE  
RARA PRODUCIDA POR LA ANEMIA, ESTA ENFERMEDAD SE PUEDE  
PRESENTAR EN FORMA AGUDA Y CRONICA.

HEMOFILIA: ESTA SERA UNA ENFERMEDAD HEMORRAGICA DE TIPO  
GENETICO,EN LA QUE HAY HEMORRAGIAS INTENSAS LAS QUE SE  
PRESENTAN SOLAMENTE EN VARONES, SIENDO LA MUJER LA QUE  
LA TRANSMITE.

EN ESTOS CASOS LAS OPERACIONES SE TENDRAN QUE REALIZAR EN UN CENTRO HOSPITALARIO.

POLICITEMIA: ESTA ENFERMEDAD CONSISTE EN UN AUMENTO EN EL NUMERO DE HEMATIES , DE 7 A 10 MILLONES DE HEMATIES PRODUCIENDO UN SANGRADO EXESIVO.

/INSTRUMENTAL\  
-----\  
'

- A) INSTRUMENTOS PARA LA SECCION DE TEJIDOS BLANDOS.
- B) INSTRUMENTOS PARA LA SECCION DE TEJIDOS Duros.
- C) MATERIAL DE SUTURA.

A) INSTRUMENTOS PARA LA SECCION DE TEJIDOS BLANDOS.

BISTURI; (INSTRUMENTO DE DIRESIS DE TEJIDOS BLANDOS)  
EL BISTURI ESTA FORMADO DE DOS PARTES, EL MANGO Y LA  
HOJA, LA HOJA TENDRA QUE SER FIJA AFILADA Y CON UN SO-  
LO FILD. EN CIRUGIA BUCAL SE RECOMIENDA UTILIZAR LAS  
BISTURIES: BARD PARKER CON HOJAS INTERCAMBIABLES DE EL  
No 15 ,11 Y 12 SEGUN EL CORTE.

TIJERAS CURVAS: SON DESTINADOS A SECCIONAR TEJIDOS,  
BRIDAS FIBROSAS, TROZOS DE COLGAJOS, CORTAR PUNTOS DE  
SUTURA, EN CASOS DETERMINADOS PUEDEN ACTUAR COMO ESPA-  
TULA PARA MANTENER LOS TEJIDOS SEPARADOS, PUEDEN SER  
RECTAS Y CURVAS DE EXTREMOS RONDOS O AGUDOS.

PINZAS: SON INSTRUMENTOS DE PRESION, LAS HAY FIJAS Y ELASTICAS; ENTRE LAS ELASTICAS TENEMOS LAS DE DISECCION QUE NOS SIRVEN PARA AYUDARNOS EN LA PREPARACION DE LOS COLGAJOS, LAS HAY BENTADAS LOS CUALES FACILITAN TOMAR LA FIBROMUCOSA SIN LESIONARLA, LAS PINZAS CON DIENTES DE RATON QUE NOS SON DE GRAN UTILIDAD PARA TOMAR EL COLGAJO EN EL MOMENTO DE SUTURAR; LAS PINZAS DE PRESION FIJAS TIENEN POR OBJETO TOMAR EL TEJIDO CON FIRMEZA PARA SU MEJOR MANEJO.

LEGRAS: SON INSTRUMENTOS CON LOS CUALES VAMOS A REALIZAR EL DESPRENDIMIENTO DE LA FIBROMUCOSA PARA SEPARAR EL COLGAJO.

CUCHARILLAS: SON DE FORMA RECTA O ACOTADAS, CUYA PARTE ACTIVA VIENE EN DIFERENTES TAMAÑOS; SON DE GRAN UTILIDAD PARA LA EXTIRPACION DE GRANULOMAS, QUISTES Y EL SACO PERICORONARIO.

ESCOFINAS: LIMAS PARA HUESO, SE UTILIZAN DESPUES DE LA EXTRACCION PARA LINAR LAS ARISTAS QUE HAYAN QUEDADO.

SEPARADORES: SON MUY UTILES PARA PACIENTES QUE SE VAN HA INTERVENIR BAJO ANESTESIA GENERAL. LOS HAY MOVILES Y AUTOESTATICOS, EL COMUNMENTE USADO ES EL DE FARABEUT EN SUS DIVERSOS TAMAÑOS Y CUYOS EXTREMOS ESTAN ACODADOS TENEMOS TAMBIEN LOS SEPARADORES DE GELPI Y EL DE VIETLANER.

B) INSTRUMENTOS PARA LA SECCION DE TEJIDOS Duros.

-----

ESCOPILOS Y MARTILLOS: EL EMPLEO DE LOS ESCOPILOS YA NO ES FRECUENTE EN NUESTRO CAMPO. DICHS INSTRUMENTOS SE USARAN PARA RESACAR EL HUESO QUE CUBRE EL OBJETO DE LA INTERVENCION, POR EJEMPLO LA TABLA EXTERNA EN LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR RETENIDO.

EL ESCOPILO: ES UNA BARRA, EN QUE UNO DE SUS EXTREMOS EL DE CORTE SERA RECTO Y AFILADO. ACTUARA CON PRESSION MANUAL O A BASE DE GOLPES DE MARTILLO. EL MARTILLO CUENTA DE UN MANGO Y UNA BASE SOLIDA.

FRESAS: ES UN INSTRUMENTO ROTATORIO QUE PUEDE RESACAR AL HUESO O ABRIR CAMINO PARA OTROS INSTRUMENTOS.

## MATERIAL DE SUTURA

---

UNA VEZ QUE EL CIRUJANO HA TERMINADO LA OPERACION DEBERA RESTABLECER LA CONTINUIDAD DE LOS TEJIDOS.

COMO MATERIAL DE SUTURA MENCIONAREMOS LOS HILOS Y LA AGUJA.

LAS AGUJAS SON INSTRUMENTOS DE ACERO DESTINADOS A PASAR HILOS ATRAVES DE LOS TEJIDOS, ESTAN FORMADAS POR UN CUERPO, UNA PUNTA QUE DEBERA SER AGUDA Y AFILADA, PARA FACILITAR LA PENETRACION AL TEJIDO SU FORMA ES VARIABLE ENTRE ELLAS ENCONTRAREMOS LA CONICA, LA TRIANGULAR, LA LANCEADA Y LA ROMA. LA FORMA DEL CUERPO PUEDE SER REDONDA, TRIANGULAR O PLANA, EL OJO DE LA AGUJA PODRA SER CERRADO O ABIERTO DE FORMA OVAL, CIRCULAR O TRIANGULAR.

SUTURA: ACTUALMENTE LAS SUTURAS LAS ENCONTRAREMOS DE DISTINTOS MATERIALES ENTRE ELLOS ENCONTRAREMOS LOS DE TIPO REABSORBIBLES COMO EL CATGUT QUE ES EL MAS USADO ESTE MATERIAL SE FABRICA DE LA CAPA CEROSEA DEL INTES-

TIND DE LOS BORREGOS EN DIVERSOS CALIBRES. ENTRE LOS MATERIALES NO ABSORBIBLES PODREMOS MENCIONAR LA SEDA LA QUE TENDRA UNA FUERZA Y TENSION ADECUADA PRODUCIENDO UNA REACCION TISULAR MINIMA SE VE CON FACILIDAD Y SE QUITA RAPIDAMENTE.

LINO ESTE TIENE LA VENTAJA DE UN FACIL HALLAZGO SOBRE LA MUCOSA TRES O CUATRO DIAS DESPUES DE LA OPERACION ENCONTRAREMOS TAMBIEN MATERIAL DE SUTURA DE NYLON.

/ANESTESIA\  
-----'

LA ANESTESIA: ES UNO DE LOS PRINCIPALES CAPITULOS DENTRO DE LA CIRUGIA, ESTO ES POR TENER LA CAPACIDAD DE SUPRIMIR LAS SENSACIONES DOLOROSAS, ARTIFICIALMENTE AL ADMINISTRAR UNA SUBSTANCIA.

CONOCEREMOS DOS TIPOS DE ANESTESIA: LOCAL Y GENERAL.

ANESTESIA GENERAL: ESTA ES LA PRIVACION DE LA SENSIBILIDAD, CON LA PERDIDA DE MOVIMIENTOS Y PERDIDA DE CONCIENCIA.

ANESTESIA LOCAL: ES LA SUPRESION DE LA SENSIBILIDAD EN UNA REGION DETERMINADA, PERSISTIENDO LOS MOVIMIENTOS Y LA CONCIENCIA, DE ESA FORMA SOLO SE PODRA ACTUAR SOBRE LOS TEJIDOS ANESTESTESIADOS.

DENTRO DE LA ANESTESIA LOCAL ENCONTRAREMOS DOS TIPOS

BLOQUEO DE CAMPO: (LOCAL) ESTA SERA CUANDO CREAMOS UNA VALLA DE INTERCEPCION EN TORNO AL CAMPO OPERATORIO.

BLOQUEO DEL NERVIDO: (REGIONAL) ESTE TIPO DE ANESTESIA ES LA QUE SE OBTIENE EN UNA ZONA DE EL CUERPO, AL AFLI-

CAR UNA SUBSTANCIA QUIMICA, LA QUE SE APLICARA DIRECTAMENTE EN LOS NERVIOS DE LA ZONA.

SON MUCHAS LAS VENTAJAS DE LA ANESTESIA LOCAL EN RELACION CON LA ANESTESIA GENERAL, POR LO QUE SON MUY POCOS LOS CASOS EN LOS QUE SE RECOMIENDA LA GENERAL.

LAS SUBSTANCIAS QUE SE EMPLEAN PARA PRODUCIR ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL, DEBERAN LLENAR LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- A) DEBERA DE TENER UN PERIODO DE LATENCIA CORTO.
- B) DURACION ADECUADA A EL TIPO DE INTERVENCION.
- C) COMPATIVILIDAD CON LOS VASO-CONSTRICTORES.
- D) TENER UNA DIFUCION ADECUADA.
- E) DEBERA DE SER UNA SOLUCION ESTABLE.
- F) DEBERA DE TENER UNA BAJA TOXICIDAD SISTEMICA.
- G) DEBERA DE ABSORBERSE SIN DEJAR NODULOS.
- H) NO DEBERA DE SER DOLOROSA EN SU APLICACION.
- I) NO DEBERA DE DEFORMAR EL CAMPO OPERATORIO.

ANESTESICOS TOPICOS: ESTOS SERAN LOS QUE SE APLICAN EN LA MUCOSA BUCAL.

CUANDO SE APLIQUE LA ANESTESIA LOCAL DEBERAN DE TOMAR SE EN CUENTA LAS SIGUIENTES PRECAUCIONES.

- 1) DEBEREMOS EVITAR LA INYECCION INTRAMUSCULAR.
- 2) DEBEREMOS INYECTAR LA SOLUCION LENTAMENTE.
- 3) DEBEREMOS ESCOGER EL ANESTESICO QUE PRODUZCA ANESTESIA CON LA MENOR CANTIDAD.
- 4) DEBEREMOS OBSERVAR A EL PACIENTE DURANTE LA INYECCION.

EN CASO DE QUE EXISTA UNA REACCION POR LA ANESTESIA LOCAL.

- A) PONDEREMOS A EL PACIENTE EN LA POSICION DE TREN DE LENBURG.
- B) ADMINISTRAR OXIGENO.
- C) ADMINISTRACION DE HIPERTENSORES POR VIA ENDOVENOSA COMO LA HIDROCORTIZONA.
- D) ADMINISTRACION DE ANTIHISTAMINICOS COMO SERIA EL VENADRIL.

## /INTERVENCION QUIRURGICA\

-----

LA CIRUGIA BUCAL EN SI CONSTA DE VARIOS PASOS LOS QUE SERAN.

1. INCISION
2. OSTECTONIA
3. OPERACION PROPIAMENTE DICHA
4. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
5. SUTURA

LA INCISION: SERA LA ACCION DE CORTAR LA MUCOSA, SE RECOMIENDA REALIZARLA EN UNA SOLA INTENSION Y CON FIRMEZA, EN FORMA ANGULAR Y SIGUIENDO EL CONTORNO DE EL PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR UNO DE LOS PRINCIPIOS BASICOS ES QUE EL MANEJO DE LOS TEJIDOS DEBERA REALIZARSE CON UN MINIMO DE TRAUMATISMOS. ESTO SERA PORQUE TODOS LOS TEJIDOS ROTOS Y LACERADOS TIENDEN A PERDER VITALIDAD VOLVIENDOSE NECROTICOS, SIENDO ESTO UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES QUE FAVORECEN A LA INFECCION RETARDANDO LA CURACION. EL DISENO DEL COLGAJO DEBERA PERMITIR QUE EL CAMPO OPERATORIO SEA COMPLETO TAMBIEN DEBERA IN-

FLUIR EN EL CORRECTO APORTE SANGUINEO PERMITIENDO UNA CORRECTA CICATRIZACION DE LA ZONA.

OSTEOTOMIA: ES LA PARTE DE LA OPERACION QUE CONSISTE EN ABRIR EL HUESO PARA PODER LLEGAR AL OBJETIVO, ESTA SE REALIZA CON UNA FRESA DE BOLA DE CARBURO PARA IR TENIENDO UNA MAYOR VISIBILIDAD DE EL DIENTE POR EXTRAER.

OPERACION PROPIAMENTE DICHA :LA CARA MESIAL SERA LA SUPERFICIE SOBRE LA CUAL SE APLICARA EL BOTADOR PARA HACER LA EXTRACCION DEL MOLAR RETENIDO, SI EL MOLAR ES ACCESIBLE, NO SE REQUIERE DE NINGUNA MANIOBRA PREVIA, SI NO LO ES NECESITARA ELIMINAR EL HUESO DEL TABIQUE MESIAL, QUE SERA EL PIE DE ENTRADA DEL INSTRUMENTO, LA OSTEOTOMIA A ESTE NIVEL SE REALIZA CON UN ESCOPE DE TIPO RECTO O CON UNA FRESA DE BOLA DE CARBURO.

EXTRACCION (ABIERTA LA CAVIDAD:EL BOTADOR SE APLICA EN EL ESPACIO EXISTENTE ENTRE LA CARA MESIAL DE EL TERCER MOLAR Y LA CARA DISTAL DE EL SEGUNDO MOLAR, ESTO ES REALIZARA DANDO UN DEBIL MOVIMIENTO ROTATORIO

EL BOTADOR ACTUARA PRIMERO COMO CUNA, POSTERIORMENTE LLEGAREMOS A LUXAR EL TERCER MOLAR. DESPUES PARA ABANDONAR EL ALVEOLO, EL MOLAR DEBERA DE MOVILIZARSE EN EL SENTIDO DE LA RESULTANTE DE TRES DIRECCIONES DE FUERZA. EL MOLAR DEBE DE SER DIRIGIDO HACIA ABAJO, HACIA AFUERA Y HACIA ATRAS LUXANDO EL MOLAR Y SI LA FUERZA APLICADA NO HA LOGRADO EXTRAERLO, PODREMOS TOMARLO CON LOS FORCEPS Y ELIMINARLO CON LA MISMA TECNICA.

EXTRACCION DE EL MOLAR POR ODONTOSECCION: SE SECCIONA EL MOLAR QUEDANDO DIVIDIDO EL DIENTE EN PORCION DISTAL Y PORCION MEDIAL. COMENZAMOS CON LA PORCION DISTAL CON BOTADOR RECTO SE INTRODUCE EN EL SURCO, ACTUAREMOS DESPUES EN FORMA DE CUNA DANDO UNA LIGERA PALANCA QUE CONSIGUE LUXAR EL MOLAR.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD: TODA OPERACION PRODUCE UN TRAUMATISMO QUE DARA LUGAR, A LA PRESENCIA DE ASPERESAS, ASTILLAS, ASI COMO TAMBIEN RESTOS BACTERIANOS DE LA CAVIDAD. EL TRATAMIENTO EN SI CONSISTE EN EL LIMADO

EXTRACCION DE LAS ASTILLAS OSEAS,ASI COMO DE LA EXTRA  
CCION DE RESTOS DEL SACO PERICORONARIO,Y LAVADO GENE-  
RAL DE LA CAVIDAD EN SI,EL QUE SE REALIZARA CON QUERO  
FISIOLÓGICO.

SUTURA: (CINIÉRESIS)ESTA MANIOBRA CONSISTE EN UNIR LOS  
TEJIDOS SEPARADOS EN LA INCISION.

## /TRATAMIENTO PREOPERATORIO Y POST OPERATORIO/

---

TRATAMIENTO PREOPERATORIO: ESTE SERA LA APRECIACION DEL ESTADO DE SALUD DE UNA PERSONA EN VISTAS DE OPERARSE; CON EL FIN DE ESTABLECER SI LA OPERACION PUEDE SER REALIZADA SIN PELIGRO Y EN EL CASO CONTRARIO, ADOPTAR LAS MEDIDAS CONDUCENTES A QUE ESE PELIGRO DESAPAREZCA O SEA REDUCIDO AL MINIMO.

EL TRATAMIENTO OPERATORIO CONSISTE PRINCIPALMENTE EN:

1. HISTORIA CLINICA
2. DATOS DE LABORATORIO
3. PREMEDICACION

HISTORIA CLINICA: ESTA SERA UNA BITACORA QUE TIENE COMO FINALIDAD EVALUAR EL ESTADO FISICO GENERAL Y ESPECIFICO DEL PACIENTE, SE LE PREGUNTARAN AL PACIENTE DATOS COMO NOMBRE, EDAD, ESTADO CIVIL, ORIGEN, DIRECCION, ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES PATOLOGICOS.

DATOS DE LABORATORIO: ESTOS DATOS JUNTO CON LA HISTO-

RIA CLINICA SERAN MUY UTILES AL CIRUJANO AYUDADOLE A OBTENER UN DIAGNOSTICO CORRECTO.

DE DIAGNOSTICO:ES UNO DE LOS FACTORES MAS IMPORTANTES EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO,ESTE SE HACE CON EL APOYO DE LA HISTORIA CLINICA,DATOS DE LABORATORIO.

LA RADIOGRAFIA: CON LA RADIOGRAFIA SE HARA UN ESTUDIO COMPLETO DE EL DIENTE,ES DECIR, SU TAMAÑO,SU FORMA,SU POSICION,LA DIRECCION Y FORMA DE LAS RAICES, SU RELACION CON LAS TABLAS EXTERNAS E INTERNAS, CON LA RAMA ASCENDENTE, SU PROFUNDIDAD, LOS TEJIDOS VECINOS Y LA CONDICION PATOLOGICA DENTAL.

PREMEDICACION:LA PREMEDICACION CONSISTIRA EN ADMINIS- TAR AL PACIENTE MEDICAMENTOS QUE AYUDEN A MITIGAR EL MIEDO,ANSIEDAD,LA APRENSION Y DISMINUIR LA TENSION ASI COMO ELEVAR EL UMBRAL DOLOROSO,CONTROLAR LA SECRE- CION DE LAS GLANDULAS SALIVALES ASI COMO CONTRARESTAR CUALQUIER EFECTO TOXICO DE LOS ANESTESICOS LOCALES.

TRATAMIENTO POST OPERATORIO: EL TRATAMIENTO POST OPERA-  
-----  
TORIO CONSISTIRA EN UNA SERIE DE ACCIONES QUE CON-  
TRIBUIRAN A DISMINUIR LAS SECUELAS Y LAS MOLESTIAS DE  
LA OPERACION. COMO PRIMER PAGO LE RECOMENDAREMOS AL  
PACIENTE (UNA VEZ YA FORMADO EL COAGULO). REALICE EN-  
GUAJES MUY SUAVES CON CUALQUIER SOLUCION ANTISEPTICA,  
EN EL CASO DE QUE LA OPERACION HAYA SIDO TRAUMATICA,  
SE LE INDICARA AL PACIENTE COLOCARSE BOLSAS DE HIELO  
EN LA MEJILLA, POR PERIODOS DE 15 MINUTOS, A INTERVALOS  
DE 5 DURANTE LAS 2 HORAS SIGUIENTES. ISO SERA CON EL  
FIN DE PREVENIR LOS HEMATOMAS, LAS HEMORRAGIAS, LOS  
EDEMAS Y EL DOLOR POST OPERATORIO. POSTERIORMENTE CI-  
TAREMOS AL PACIENTE 4 DIAS DESPUES DE LA OPERACION  
PARA REVISAR Y REMOVER LOS PUNTOS. EN CUANTO A LA ALI-  
MENTACION SE RECOMIENDA NO COMER IRRITANTES NI GRA-  
SAS, LA DIETA, SERA UNA DIETA BLANDA A DISCRICION DEL  
PACIENTE EN CASO DE SER NECESARIO RECOMENDAREMOS A-  
NALGESICOS, ANTIBIOTICOS Y ANTIINFLAMATORIOS.

## CONCLUSIONES

PARA LA INTERVENCION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN MANDIBULA, ES NECESARIO CONTAR CON LOS CONOCIMIENTOS BASICOS Y EXPERIENCIA MINIMA SOBRE EL TEMA. LOS FACTORES PRINCIPALES QUE INTERVIENEN EN EL TEMA PLANTEADO SON : EL PACIENTE, EL CIRUJANO DENTISTA, EL DIAGNOSTICO Y LA TECNICA DE INTERVENCION.

EL PACIENTE.- SOMETERLO A UN ESTUDIO EXAUSTIVO, INDICADO PARA TODA INTERVENCION QUIRURGICA.

EL CIRUJANO DENTISTA.- CON OBJETO DE QUE LA RESOLUCION SEA LA ADECUADA EL C.D. DEBE TENER LA CAPACIDAD MANUAL Y LOS CONOCIMIENTOS TEORICO PRACTICOS BASICOS

EL DIAGNOSTICO.- PARA QUE EL C.D. DIAGNOSTIQUE CON PRECISION NECESITA LA INFORMACION QUE LE DA EL ESTUDIO DEL CASO. ESTO A TRAVES DEL USO DE LA RADIOGRAFIA, EXAMENES DE LABORATORIO E HISTORIA CLINICA, ENTRE OTROS.

TECNICA DE INTERVENCION.- CON LA MAYOR CANTIDAD DE DATOS RECABADOS Y EL DIAGNOSTICO,SE DECIDE LA FORMA DE INTERVENIR SIENDO PARTICULAR PARA CADA CASO.

BIBLIOGRAFIA

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

GUSTAVO D. KRUGER

CUARTA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA

CIRUGIA BUCAL

K. H. THOMA

TERCERA EDICION

EDITORIAL UTENA

TRATADO DE ANATOMIA HUMANA

Dr. FERNANDO QUIROS GUTIERREZ

CUARTA EDICION

ELEMENTOS DE ANATOMIA HUMANA

Dr. IGNACIO ALCARAZ DEL RIO

EDITORIAL MENDEZ OTEO

ANATOMIA DENTAL

M. DIAMOND

EDITORIAL UTEHA

ANESTESIOLOGIA

VICENT J COLLINS

EDITORIAL INTERAMERICANA

MANUAL DE ANESTESIA LOCAL

EDITADO POR ASTRA

DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

20a. EDICION